

مطالعه نقش سیستم ایمنی سلولی در جلوگیری از عفونت کاندیدیازیس در بیماران مبتلا به لوسمی و لنفوم با روش فلوسایتومتری

دکتر حسن مقیم*

چکیده:

بیماری کاندیدیازیس (Candidiasis) نوعی عفونت قارچی فرصت طلب است که عوامل مستعد کننده‌ای نظیر بیماریهای لوسمی و لنفوم در ایجاد آن نقش دارند و در این خصوص ایمنی و مقاومت بدن در جلوگیری از ایجاد بسیاری از بیماریها از جمله عفونتهای قارچی نقش ایفاء می‌نماید. لذا در این مطالعه نقش سیستم ایمنی سلولی در جلوگیری از این عفونت در بیماران مبتلا به بیماریهای لوسمی و لنفوم مورد ارزیابی قرار گرفت. در این مطالعه از روش فلوسایتومتری (Flow cytometry) جهت شمارش، ارزیابی و نیز تشخیص نوع لنفوسیت‌های موجود در نمونه خون محیطی بیماران استفاده گردید. نتایج حاصل از این بررسی از طریق روش مورد، شاهدهی و به کمک آزمونهای Z و T مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفت. میانگین تعداد لنفوسیت‌های T با شاخص CD4 بیماران مبتلا به لوسمی و لنفوم که به کاندیدیازیس نیز مبتلا بودند، در مقایسه با نتایج افراد شاهد کاهش داشت ($P < 0/05$) در حالی که بین میانگین تعداد لنفوسیت‌های T با شاخص CD8 بیماران در مقایسه با گروه شاهد اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت ($P > 0/05$). لذا چنین نتیجه‌گیری می‌شود که کاهش تعداد لنفوسیت‌های T با شاخص CD4 بیماران در مقایسه با افراد شاهد، می‌تواند در بروز کاندیدیازیس در بیماران مبتلا به لوسمی و لنفوم نقش داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: ایمنی سلولی، کاندیدیازیس، لنفوم، لوسمی.

مقدمه:

عفونت در ۲۷-۱۱ درصد از بیماران مبتلا به نوتروپنی طولانی، لوسمی حاد و کاندیدا آلبیکنس بیماران دریافت کننده مغز استخوان شیوع داشته و میزان مرگ و میر در آنها ممکن است به ۹۵٪ هم برسد (۳،۲).

ایمنی وابسته به لنفوسیت‌های T، مهم‌ترین نقش را در جلوگیری از بروز و ابتلا به کاندیدیازیس به عهده دارد. این سلولها علاوه بر نقش زیادی که در جلوگیری از کاندیدیازیس جلدی و مخاطی عهده دار می‌باشند، در مکانیسم فاگوسیتوز نیز با سلولهای بیگانه خوار همکاری و مشارکت داشته و سبب تقویت و افزایش

کاندیدیازیس، یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین عفونتهای قارچی فرصت طلب است که توسط کاندیدا آلبیکنس ایجاد می‌شود و در بیماران مبتلا به لوسمی، لنفوم و دیگر انواع سرطان شایع است. این بیماری به صورت حاد یا مزمن در نواحی مختلف بدن، نظیر نواحی جلدی، بافتهای مخاطی اندامهای گوارشی، تنفسی و ادراری تظاهر می‌نماید (۷،۵).

کاندیدیازیس، یکی از علل و عوامل خطرناک و کشنده برای بیماران مبتلا به اختلالات ایمنولوژیک، هماتولوژیک و نئوپلاستیک به شمار می‌آید (۳) و این

*استادیار گروه انگل‌شناسی و قارچ‌شناسی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

فعالیت این سیستم می شوند (۳).

یکی از مهم ترین زیر گروه های لنفوسیت های T لنفوسیت های کمکی (Th) با شاخص CD4 هستند که با تولید سیتوکین های مختلف، نقش بسیار مؤثری در جلوگیری از عفونت های قارچی، به خصوص، کاندیدیازیس به عهده دارند و کاهش آنها سبب بروز و شیوع کاندیدیازیس بویژه در بافت های مخاطی دستگاه گوارش می شوند (۱).

با وجود مطالعات انجام شده پیرامون وضعیت ایمنی سلولی در بیماران مبتلا به کاندیدیازیس، نقش این سیستم در جلوگیری از بروز کاندیدیازیس در ایران کاملاً مشخص نیست. لذا با توجه به شرایط اقلیمی، جغرافیایی و نژادی منطقه، نقش لنفوسیت های T با شاخص های CD4 و CD8 در جلوگیری از کاندیدیازیس مورد ارزیابی قرار گرفت.

مواد و روشها:

در این مطالعه که یک نوع بررسی مورد، شاهدی بود، ۳۸ مورد بیمار از بین افراد مبتلا به لوسمی میلوبلاستیک، لنفوبلاستیک و لنفوم که به کاندیدیازیس دچار شده بودند، انتخاب گردیدند و گروه شاهد را ۲۰ مورد افراد مبتلا به یکی از انواع بیماری های لوسمی میلوبلاستیک، لنفوبلاستیک و لنفوم تشکیل می داد که به کاندیدیازیس دچار نبودند.

جهت تشخیص نوع عفونت از ضایعات جلدی، مخاطی (مانند ضایعات برفک دهان)، خلط، ادرار، مدفوع، بیوپسی، مواد و ترشحات به دست آمده از معده و روده نمونه برداری به عمل آمد و جهت آزمایشات خون شناسی از افراد شاهد و بیمار، نمونه خون دریافت گردید (۷).

تشخیص عفونت کاندیدیازیس در بیماران، از طریق آزمایش مستقیم نمونه های ضایعات قارچی، به وسیله شفاف نمودن با محلول ۲۰٪ پتاس و یا رنگ آمیزی به

روش گرم (gram) و کشت نمونه ها در محیط های ساپرو دکستروز آگار (Sabouraud dextrose agar) و کورون میل آگار (Cron meal agar) و همچنین مشاهده لوله زیاقارچ (germ tube) در سرم تازه انسان به عمل آمد (۷).

جهت شمارش لنفوسیت های B، T و همچنین تعیین و تشخیص زیر گروه های لنفوسیت های T نظیر، لنفوسیت های CD4 و CD8 از بیماران و افراد شاهد نمونه خون محیطی دریافت گردید و به وسیله روش فلوسایتومتری (Flow cytometry) و با استفاده از آنتی بادی های اختصاصی، آزمایش به عمل آمد (۴، ۶، ۸).

قبل از انجام آزمایش به روش فلوسایتومتری، خون به وسیله سه دستگاه کولتر ایمنوپرپ آماده سازی می شود و برای تهیه و آماده سازی نمونه های خون از سه نوع محلول A، B و C استفاده می گردد که به صورت کیت بسته بندی شده است (۴، ۶).

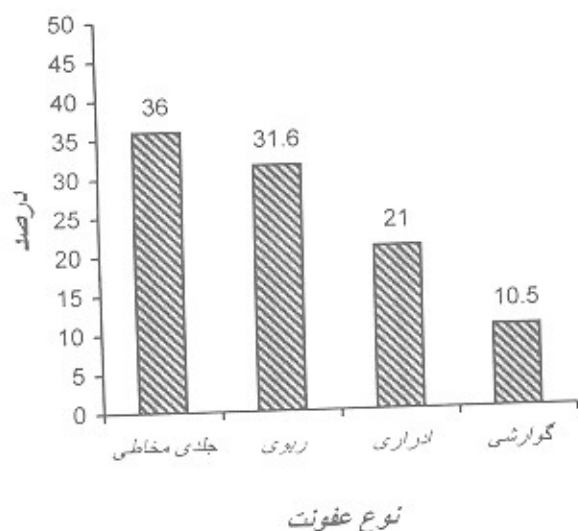
ترکیبات و کاربرد محلول های A، B و C: محلول A شامل اسیدفرمیک است که جهت لیز نمودن گلبول های قرمز مورد استفاده قرار می گیرد. محلول B خود مشتمل بر مواد زیر است و جهت حفاظت و استحکام گلبول های سفید به کار می رود: کربنات سدیم ۶/۰ گرم در لیتر، کلرور سدیم ۱۴/۵ گرم در لیتر، سولفات سدیم ۳۳/۳ گرم در لیتر. محلول C نیز از پارافرمالدئید تشکیل شده که به میزان ۱۰ گرم در لیتر به عنوان بافر استفاده می شود. این روش نیاز به ۱/۵ میلی لیتر خون دارد که در لوله های حاوی ماده ضد انعقاد EDTA (ethylenediamine tartaric acid) جمع آوری می شود (۴، ۶، ۹).

۱۰۰ میکرولیتر خون کامل حاوی ضد انعقاد در یک لوله آزمایش ریخته شد. سپس ۱۰ میکرولیتر آنتی بادی منوکلونال اختصاصی نشاندار شده به وسیله رنگ فلئوروسئین، بر ضد شاخص های CD4 و CD8 لنفوسیت ها به نمونه خون اضافه گردید. در مرحله بعد نمونه ها به

و مردان بیمار به ترتیب ۳۵ و ۴۱ سال و میانگین سن زنان و مردان گروه شاهد: به ترتیب ۳۲ و ۳۷ سال بود که از نظر سن بین افراد بیمار و افراد شاهد، اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت ($P > 0/05$).

(۳۱/۵٪) از بیماران مبتلا به لوسمی میلو بلاستیک به کاندیدایزیس تنفسی دچار بودند و ۲۸/۹٪ از بیماران مبتلا به لوسمی لنفوبلاستیک به کاندیدایزیس مخاط دهان و گلو دچار بودند و بین بیماری لوسمی و لنفوم و نوع عفونت کاندیدیائی در نواحی مختلف بدن ارتباط معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$) (جدول و نمودار شماره ۱).

میانگین تعداد لنفوسیت های T با شاخص CD4 بیماران مبتلا به میلو بلاستیک لنفوبلاستیک و لنفوما در مقایسه با نتایج افراد شاهد کاهش داشت و بین نتایج آنها اختلاف معنی دار آماری مشاهده گردید ($P < 0/05$) در حالی که بین میانگین تعداد لنفوسیت های T با شاخص CD8 این گروه از بیماران در مقایسه با نتایج افراد شاهد، هیچگونه ارتباط و همبستگی وجود نداشت ($P > 0/05$) (جداول شماره ۲، ۳ و ۴).



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی کاندیدایزیس در نواحی مختلف بیماران مبتلا به لوسمی و لنفوم.
در این مطالعه بیشترین تعداد بیماران (۳۶/۹٪) به کاندیدایزیس جلدی مخاطی و کمترین تعداد آنها (۱۰/۵٪) به کاندیدایزیس دستگاه گوارش مبتلا بودند.

مدت ۱۰ دقیقه در دمای اتاق (۳۰ درجه سانتی گراد) نگهداری شد. سپس هر یک از محلول های ایمنوپرپ A، B و C به میزان زیر به نمونه ها افزوده شد: ۶۰۰ میکرو لیتر از محلول A، ۲۶۵ میکرو لیتر از محلول B و ۱۰۰ میکرو لیتر از محلول C، سپس نمونه ها به وسیله دستگاه ایمنوپرپ مخلوط و آماده سازی گردید و در مرحله بعد هر یک از نمونه ها در محل مخصوص دریافت نمونه توسط دستگاه فلوسایتومتری AI ساخت شرکت Sony ژاپن قرار گرفت و نمونه خون از طریق لوله های موئینه ظریف و شفاف به محفظه مخصوص به نام Flowehamer ارسال گردیده و در این قسمت هر یک از لنفوسیت ها به صورت تک تک و به طور اتوماتیک در لوله ظریف دیگری عبور داده می شدند تا در محل مخصوص خود از جلوی اشعه لیزر حرکت نمایند و دستگاه توسط رد یاب های حساس خود (سنسورها) اقدام به تشخیص، شناسایی و شمارش سلول ها بپردازد. دستگاه فلوسایتومتری به کمک نرم افزار های خود، اقدام به آنالیز و ارزیابی هر یک از نمونه های خون نموده و در نهایت نتایج را به صورت منحنی، نمودار و یا عدد روی صفحه مانیتور دستگاه نمایش می داد و یا به وسیله چاپگر نتایج را در اختیار ما قرار می داد (۹، ۶، ۴). سپس نتایج حاصل از بررسی شمارش و ارزیابی لنفوسیت های بیماران و گروه شاهد به وسیله برنامه های آماری SPSS، EPI و با بهره گیری از آزمونهای Z و T مورد مقایسه و ارزیابی قرار می گرفتند.

نتایج:

نتایج حاصل از بررسی وضعیت ایمنی سلولی گروه مورد با نتایج به دست آمده از گروه شاهد و با استفاده از برنامه های آماری SPSS و EPI و آزمون t-student مورد مقایسه، تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۲۸ مورد (۷۴٪) از افراد بیمار را زنان و ۱۰ مورد (۲۶٪) آنها را مردان تشکیل می دادند. میانگین سن زنان

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی بیماران مبتلا به بیماریهای لوسمی و لنفوم بر حسب نوع عفونت کاندیدیازیس در نواحی مختلف بدن

محل عفونت نوع بیماری	مخاط دهان و گلو تعداد درصد	دستگاه تنفس تعداد درصد	مخاط دستگاه ادراری تعداد درصد	مخاط دستگاه گوارش تعداد درصد	کل تعداد درصد
لوسمی میلو بلاستیک	۱ (۲/۶۳)	۱۲ (۳۱/۵۷)	۱ (۲/۶۳)	۱ (۲/۶۳)	۱۵ (۳۹/۴۷)
لوسمی لنفو بلاستیک	۱۱ (۲۸/۹۴)	۰	۵ (۱۳/۱۵)	۱ (۲/۳۶)	۱۷ (۴۴/۷۳)
لنفوم	۲ (۵/۲۶)	۰	۲ (۵/۲۶)	۲ (۵/۲۶)	۶ (۱۵/۷۸)
جمع	۱۴ (۳۶/۸۴)	۱۲ (۳۱/۵۷)	۸ (۲۱/۵۵)	۴ (۱۰/۵۲)	۳۸ (۱۰۰)

بیشترین تعداد از بیماران مبتلا به لوسمی میلو بلاستیک (۳۱/۵) به کاندیدیازیس تنفسی دچار بودند و بیشترین تعداد از بیماران مبتلا به لوسمی لنفو بلاستیک (۲۸/۹) به کاندیدیازیس مخاط دهان و گلو دچار بودند و بین بیماری لوسمی و لنفوم و نوع عفونت کاندیدیایی در نواحی مختلف بدن ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0/05$).

بحث:

سبب بروز و ایجاد عفونتهای قارچی شوند (۲) به طوری که عفونت کاندیدیازیس جلدی و مخاطی مزمن در افراد مبتلا به کمبود ایمنی سلولی شایع تر بوده است و این دسته افراد اغلب به عفونتهای قارچی فرصت طلب نظیر کاندیدیازیس مبتلا گردیده اند (۲).

تحقیقات انجام شده نشان داده اند که بین کاهش میزان لنفوسیت های T با شاخص CD4 و ابتلا به کاندیدیازیس جلدی، مخاطی و دستگاه گوارش ارتباط وجود دارد (۲۶)، نتایج بررسی ما نیز نشان دادند که

نتایج حاصل از بررسی وضعیت ایمنی سلولی بیماران که در اثر ابتلاء به بیماری لوسمی، لنفوم به عفونت کاندیدیازیس نیز دچار شده بودند، با نتایج افراد شاهد مقایسه و ارزیابی گردید.

نقش سیستم ایمنی سلولی وابسته به سلولهای T در جلوگیری از عفونتهای جلدی مخاطی ایجاد شده به وسیله قارچهای کاندیدا، توسط پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته است و آنها معتقدند که کمبود و کاهش در روند فعالیت سیستم ایمنی سلولی می تواند

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین انواع لنفوسیت های بیماران لوسمی میلو بلاستیک مبتلا به کاندیدیازیس و افراد شاهد

نوع سلول کل افراد	لنفوسیت B میانگین \pm انحراف معیار	لنفوسیت T میانگین \pm انحراف معیار	لنفوسیت T CD4 ⁺ میانگین \pm انحراف معیار	لنفوسیت T CD8 ⁺ میانگین \pm انحراف معیار
بیمار	۱۳/۵ \pm ۲۴/۲	۲۹/۶ \pm ۲۷/۹	۳۱/۹ \pm ۱۹/۲	۲۱ \pm ۱۲/۳
شاهد	۱۳/۸ \pm ۶/۴	۷۶/۵ \pm ۹/۱	۵۰ \pm ۷/۳	۲۹ \pm ۲/۸
مقدار P	P > 0/05	P < 0/05	P < 0/05	P > 0/05

میانگین تعداد لنفوسیت های T و لنفوسیت های CD4⁺ بیماران در مقایسه با نتایج افراد شاهد دارای اختلاف معنی دار آماری بود ($P < 0/05$ ، در حالی که میانگین تعداد لنفوسیت های B و لنفوسیت های CD8⁺ بیماران در مقایسه با افراد شاهد تفاوت نداشت و از نظر آماری بین نتایج آنها ارتباط معنی دار مشاهده نگردید. نتایج به صورت میانگین \pm انحراف معیار است.

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین انواع لنفوسیت‌های بیماران لوسمی لنفوبلاستیک مبتلا به کاندیدیازیس و افراد شاهد

نوع سلول افراد	لنفوسیت B میانگین \pm انحراف معیار	لنفوسیت T میانگین \pm انحراف معیار	لنفوسیت CD4 ⁺ T میانگین \pm انحراف معیار	لنفوسیت CD8 ⁺ T میانگین \pm انحراف معیار
بیمار	۱۰/۵ \pm ۱۳/۳	۶۰/۷ \pm ۲۶/۸	۳۵/۳ \pm ۱۹/۱	۲۳/۴ \pm ۱۳/۲
شاهد	۹/۵ \pm ۳/۶	۷۸/۶ \pm ۸/۵	۵۰/۸ \pm ۸/۱	۲۸/۵ \pm ۲/۷
مقدار P	P > ۰/۰۵	P > ۰/۰۵	P < ۰/۰۵	P > ۰/۰۵

میانگین تعداد لنفوسیت‌های CD4⁺ بیماران در مقایسه با نتایج افراد شاهد دارای اختلاف معنی‌دار آماری بود $P < ۰/۰۵$ ، در حالی که میانگین تعداد لنفوسیت‌های T، B و لنفوسیت‌های CD8⁺ بیماران در مقایسه با افراد شاهد تفاوت نداشت و از نظر آماری بین نتایج آنها ارتباط معنی‌دار مشاهده نگردید. نتایج به صورت میانگین \pm انحراف معیار است.

محل عفونت قارچی را بیان می‌نماید و با نتایج بررسی سایر محققین مطابقت دارد (۳، ۲، ۱).

نتایج بیماران تحت این بررسی نیز نشان داد که میانگین تعداد لنفوسیت‌های کمکی T با شاخص CD4 بیماران مبتلا به میلو بلاستیک، لنفوبلاستیک و لنفوما در مقایسه با افراد شاهد کاهش داشته و بین آنها ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد در حالی که بین میانگین تعداد لنفوسیت‌های T با شاخص CD8 این گروه از بیماران در مقایسه با نتایج گروه شاهد تفاوت نداشت و بین نتایج آنها ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت $(P > ۰/۰۵)$ (جدول شماره ۳، ۲ و ۴). به عبارت

میانگین تعداد این نوع از لنفوسیت‌ها در بیماران مبتلا به لوسمی و لنفوم در مقایسه با افراد شاهد کاهش داشته است و در نتیجه این گونه بیماران به کاندیدیازیس مبتلا شده بودند و مشخص گردید که این موضوع با نظریات محققین دیگر مطابقت دارد (۳، ۲، ۱).

به علت کاهش میانگین لنفوسیت‌های کمکی T با شاخص CD4 بیماران مبتلا به لوسمی لنفوبلاستیک و نیز به دلیل وجود نقص در سیستم ایمنی سلولی، اغلب آنها به عفونت کاندیدیازیس جلدی و قسمتهای مخاطی دستگاه ادراری و گوارشی دچار شده بودند که این موضوع وجود ارتباط بین بیماری لوسمی لنفوبلاستیک و

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین انواع لنفوسیت‌های بیماران لنفوم مبتلا به کاندیدیازیس و افراد شاهد

نوع سلول افراد	لنفوسیت B میانگین \pm انحراف معیار	لنفوسیت T میانگین \pm انحراف معیار	لنفوسیت CD4 ⁺ T میانگین \pm انحراف معیار	لنفوسیت CD8 ⁺ T میانگین \pm انحراف معیار
بیمار	۵/۹ \pm ۳/۸۵	۷۲/۰۱ \pm ۱۸	۴۰/۳ \pm ۲۱/۷	۲۹/۱۶ \pm ۱۳/۵
شاهد	۸/۹۶ \pm ۵/۹	۸۰/۵ \pm ۱۴/۹	۵۲/۷۳ \pm ۱۱/۱	۲۸/۵۶ \pm ۴/۱
مقدار P	P > ۰/۰۵	P > ۰/۰۵	P < ۰/۰۵	P > ۰/۰۵

میانگین تعداد لنفوسیت‌های CD4⁺ بیماران در مقایسه با نتایج افراد شاهد دارای اختلاف معنی‌دار آماری بود $P > ۰/۰۵$ ، در حالی که میانگین تعداد لنفوسیت‌های T، B و لنفوسیت‌های CD8⁺ بیماران در مقایسه با افراد شاهد تفاوت نداشت و از نظر آماری بین نتایج آنها ارتباط معنی‌دار مشاهده نگردید. نتایج به صورت میانگین \pm انحراف معیار است.

قرار داده است و پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات بعدی نقش سیستم ایمنی سلولی را برای جلوگیری از عفونتهای قارچی و یا سایر عفونتها به طور کیفی مورد ارزیابی قرار داد و اعمال و رفتار لنفوسیتها را از نظر فیزیولوژیک بررسی نمود و یا با استفاده از روشهای فلوسایتومتری و بیوشیمیایی فرآیند تولید اینترفرون و اینترلوکینها را در جلوگیری از بروز عفونتهای قارچی و یا سایر عفونتها مورد مطالعه قرار داد، همچنین می‌توان با استفاده از روشهای کشت سلولی، نقش لنفوسیتهای T helper I و T helper II را جهت تولید اینترفرون و اینترلوکینها مورد بررسی قرار داد و کمبود آنها را در بروز و ایجاد بیماریهای قارچی یا سایر عفونتها مطالعه نمود.

تشکر و قدردانی:

مراتب تشکر و تقدیر خود را از اساتید ارجمند جناب آقای دکتر احمد قوامی نژاد و سرکار خانم دکتر شهلا شادزی، اعضاء محترم هیأت علمی گروه ایمنی‌شناسی و قارچ‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در اجرای این پژوهش همکاری نموده‌اند، ابراز می‌دارم.

از کارکنان آزمایشگاه تشخیص طبی بیمارستان سید الشهدا، اصفهان و بخش فلوسایتومتری سازمان انتقال خون تهران و نیز از دانشگاه تربیت مدرس که در تأمین بخشی از هزینه‌های این تحقیق مساعدت نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

دیگر به علت ابتلاء بیماران به لوسمی و لنفوم، میانگین تعداد لنفوسیتهای T با شاخص CD4 آنها دچار کاهش و نقصان شده بود، در صورتی که میانگین تعداد لنفوسیتهای T با شاخص CD8 در مقایسه با افراد شاهد تغییر نکرده بود.

به دلیل کمبود و کاهشی که در میانگین تعداد لنفوسیتهای T و لنفوسیتهای کمکی T با شاخص CD4 بیماران مبتلا به لوسمی و لنفوم وجود داشت، این گونه بیماران به کاندیدیازیس نیز دچار شده بودند زیرا این سلولها در روند فعالیت ایمنی سلولی و جلوگیری از بروز این نوع عفونت نقش بسیار مهمی را ایفاء می‌نمایند.

بنابراین به علت کاهش فعالیت ایمنی سلولی بیماران، امکان بروز کاندیدیازیس در آنها افزایش پیدا کرده است و به این ترتیب شاید بتوان از لحاظ تعداد لنفوسیتها، مرزی را برای بروز کاندیدیازیس در نظر گرفت.

نتایجی که در این بررسی در خصوص نقش ایمنی سلولی در برابر عفونت کاندیدیازیس حاصل شده است، با نتایج سایر پژوهشگرانی که در این زمینه تحقیق و بررسی نموده‌اند، مطابقت و هماهنگی داشته است (۲۰۱).

شایان ذکر است که این تحقیق از نظر کمی، وضعیت لنفوسیتها را در روند فعالیت ایمنی سلولی مورد مطالعه

References:

- 1- Flukasawa Y.; Cassone A.; Bistoni F.; Howard H.; et al. Mechanism of cell-mediated immunity in fungal infection. J Med Vet Mycol, 32(1): 123-31, 1994.
- 2- Greenfield RA. Host defense system interaction with candida. J Med Vet Mycol, 30: 89-104, 1992.
- 3- Howard Dexter H. Fungi pathogenic for humans and animals: Phagocytic mechanisms in host response. In: Lemike P. A mycology series pathogenicity and detection: From Marcel Dekker Inc. New York: USA, 2: 123-40, 1996.
- 4- Landy A. Clinical flow cytometry. Annals of the New York academy of sciences, 677, 1993.
- 5- Patterson TH.; Drutz D. Fungal disease. In: Stites DP.; Terr AL.; Parslow TG. Medical immunology: From Prentice-Hall International Inc. London: UK, 9th ed. 706-25, 1997.

- 6- Paxton H.; Rudles SC.; Gorman MRG. Labratory evaluation of the cellular immune system. In: Henry JB. Clinical diagnosis and management by laboratory methods: From WB Saunders Company. Philadelphia: USA, 9th ed. 877-912, 1996.
- 7- Rippon JW. Candidiasis and the pathogenic yeasts. In: Rippon JW. Medical mycology: From WB Saunders Company. Philadelphia: USA, 3rd ed, 532-82, 1988.
- 8- Steward M.; Male D. Immunological techniques. In: Roitt I.; Brossoff J.; Male D. Immunology: From Churchill Livingstone Company. London: UK, 2nd ed. chap 25. 1-10, 1995.
- 9- Stites DP.; Folds JM.; Schemitz J. Clinical laboratory methods for detection of cellular. In: Stites DP.; Terr AI.; Parslow TG. Medical immunology: From Prentic-Hall Internationall Inc. London: UK, 9th ed. 254-75, 1997.